

Dossier presse

**Paris, le 26 Février
2004**

Inserm

" Psychothérapie, trois approches évaluées "
Une Expertise Collective de l'Inserm

Dans le cadre du Plan santé mentale mis en place par le ministère de la Santé en 2001, la Direction générale de la santé (DGS) a sollicité l'Inserm pour réaliser une expertise collective à partir de la littérature internationale sur l'évaluation de différentes psychothérapies appliquées au soin des troubles mentaux.

Deux associations françaises, l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) et la Fédération nationale des associations d'(ex)patients de psychiatrie (FNAP-Psy) se sont associées à la DGS dans cette démarche.

L'Inserm a réuni un groupe d'experts (psychiatres, psychologues, épidémiologistes et biostatisticiens) qui ont pris en considération trois approches psychothérapeutiques :

- l'approche psychodynamique (psychanalytique),
- l'approche cognitivo-comportementale,
- l'approche familiale et de couple.

Durant plus d'une année, les experts ont analysé environ 1 000 articles issus de la littérature scientifique internationale. Pour la première fois en France, une démarche d'évaluation concerne trois approches psychothérapeutiques utilisées dans le traitement des troubles mentaux, allant de la dépression et des troubles anxieux à la schizophrénie et l'autisme.

Les troubles pris en compte dans cette expertise sont :

Chez l'adulte : les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les schizophrénies, les troubles des comportements alimentaires, les troubles de la personnalité, l'alcoolodépendance.

Chez l'enfant et l'adolescent : l'autisme, l'hyperactivité, les troubles des conduites, les troubles des comportements alimentaires, les troubles de l'humeur, et les troubles anxieux.

Trois approches évaluées

L'approche psychodynamique (psychanalytique)

L'approche psychodynamique s'appuie sur la théorie psychanalytique incluant le transfert* . Née des travaux de Sigmund Freud, elle s'est récemment diversifiée dans sa pratique, avec de nombreuses variantes cliniques (psychanalyse, thérapie psychanalytique, thérapie brève psychodynamique,

thérapie interpersonnelle psychodynamique...).

Ces thérapies ont pour objectif des changements profonds et durables chez le patient. Elles cherchent à les susciter par l'utilisation du langage et font donc partie des thérapies dites verbales. Elles sont utilisées comme outil de (re)construction de la personne.

Les psychothérapies psychanalytiques sont des traitements d'au moins un an, avec une ou plusieurs séances par semaine, visant à des changements de la structure et de l'organisation psychique.

Les psychothérapies psychodynamiques brèves, de 40 séances ou moins, sont plus souvent centrées sur un événement. Elles se sont essentiellement développées aux Etats-Unis et sont peu pratiquées actuellement en France.

Chez l'enfant, l'application de la psychanalyse repose sur la valeur symbolique du jeu (dessins, jouets représentant des êtres humains, des animaux...). Le jeu est également un moyen pour l'enfant de se défendre des affects qu'il éprouve dans la situation thérapeutique.

La formation des thérapeutes tient compte de la diversité des techniques. Elle comporte une analyse personnelle, la supervision de plusieurs cas et un enseignement théorique, rarement intégré dans un enseignement universitaire en France. Elle s'adresse à des personnes ayant déjà une formation universitaire et clinique et s'étale sur 5 à 8 ans.

*le transfert désigne le fait qu'une personne se met à actualiser (projeter dans le présent) sur une autre personne, des désirs ou des situations inconscients, liés à son propre passé.

L'approche cognitivo-comportementale

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) se sont appuyées tout d'abord sur les théories de l'apprentissage. Elles ont ensuite pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, et en particulier le modèle du traitement de l'information.

L'étape préalable est l'analyse des relations entre les " comportements-problèmes ", les pensées, les émotions et l'environnement social et physique. Le thérapeute adapte ensuite au patient les différentes techniques relatives aux théories de cette approche.

La relation thérapeutique se fonde sur " l'ici et maintenant ", la sélection avec le patient de problèmes concrets à résoudre et une démarche thérapeutique établie en commun.

Deux principes sont appliqués pour favoriser la réussite de cette démarche : la segmentation de la difficulté, en classant les étapes à affronter, et la valorisation des comportements positifs du patient par le thérapeute.

Les TCC se pratiquent sur une base de 10 à 25 séances dont la durée varie selon les troubles de 45 minutes à 3 heures.

De nombreuses techniques de TCC ont été adaptées à l'adolescent et l'enfant, selon l'âge et avec le soutien de manuels spécifiques.

Les TCC se sont développées en France à partir des années 1970 grâce à des associations privées qui assurent une formation initiale et continue sous la forme d'ateliers et de congrès. Cette formation est destinée aux psychiatres, médecins généralistes, psychologues, infirmiers spécialisés en psychiatrie et certaines professions paramédicales.

Depuis quelques années, des diplômes universitaires valident un enseignement théorique de trois ans. Cette formation est complétée par la supervision de plusieurs cas et la réalisation d'un mémoire.

L'approche familiale ou de couple

Dans l'approche familiale, la famille est considérée comme une collectivité de personnes présentant des schèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs qui peuvent être perturbés par l'existence de troubles mentaux de l'un de ses membres. Les perturbations observées au sein de la famille sont toujours considérées comme secondaires à la maladie, et non pas comme à l'origine du trouble.

Les thérapies familiales ou de couple peuvent s'appuyer sur plusieurs principes : psychodynamique, écosystémique, comportementaux et cognitifs, ... Elle intègre diverses techniques dont la psycho-éducation, tant familiale que conjugale : les thérapeutes informent la famille des caractéristiques de la maladie, de son évolution, de son traitement et des attitudes adaptatives à adopter face aux perturbations liées à la maladie.

Les thérapies familiales se sont développées en France dans les années 1970. Les consultations sont

punctuelles ou répétées. Elles réunissent au moins deux personnes faisant partie du contexte de vie d'un ou plusieurs patients. Le thérapeute privilégie l'objectivation des symptômes, des conduites et des émotions, le partage des expériences de vie, ou l'élargissement des réseaux familiaux. Dans certaines thérapies de type cognitivo-comportementale, il s'agit d'élaborer des formes de rencontres (individu, couple, famille, ...) ajustées à chaque objectif à traiter. Dans d'autres thérapies de type écosystémique, il s'agit de co-création entre les membres de la famille et le thérapeute, qui ne peuvent se réduire à des programmes préalablement formatés. Les thérapeutes souhaitant être membre titulaire de la Société française de thérapie familiale doivent justifier de 4 années de formation théorique (200 heures par an) et de pratique en thérapie familiale ou de couple. Cette formation est ouverte aux psychiatres, médecins généralistes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux et éducateurs spécialisés. Certaines universités proposent des modules d'enseignement de thérapie familiale en fin de cursus d'études en psychiatrie ou psychologie clinique.

Peut-on évaluer les psychothérapies et comment ?

Le groupe d'experts réunis par l'Inserm s'est interrogé sur la pertinence de l'évaluation des psychothérapies à travers trois questions :

- quelle est la définition de la population de patients à traiter ?
- comment mesurer l'efficacité de la thérapeutique ?
- comment prouver cette efficacité ?

La **définition des " patients à traiter "** n'est pas toujours consensuelle et peut parfois entraver l'exploitation clinique des résultats. Cependant, dans la littérature scientifique que les experts ont analysée, les patients à traiter répondent le plus souvent aux troubles définis par la classification internationale des maladies, troubles mentaux et troubles du comportement (CIM-10) qui présente une grande similitude avec la classification américaine DSM (DSM-IV). Cette segmentation des troubles, indispensable pour avoir une vue d'ensemble, ne signifie pas pour autant que l'on ignore que chaque patient peut ressentir des souffrances non catégorisables.

En psychothérapie, les **mesures de l'efficacité d'une thérapie** portent souvent sur des caractéristiques subjectives. Même pour des caractéristiques subjectives, on peut recourir à un système numérique permettant de quantifier une amélioration clinique (à partir de questionnaires ou d'échelles). Il est vrai que la validité de ces mesures est plus facile à démontrer si ces dernières ont été adaptées à la psychothérapie étudiée.

Le critère d'évaluation le plus souvent utilisé dans la littérature analysée concerne l'amélioration des symptômes dans le cadre d'un trouble. De manière moins fréquente, les études ont parfois évalué l'amélioration de la qualité de vie et de l'adaptation sociale du patient. Si évaluer l'efficacité d'une psychothérapie à partir de l'amélioration d'un symptôme ne constitue qu'un élément limité d'appréciation, cependant le symptôme est un élément incontournable de l'état de santé mentale des patients.

Dans le domaine de l'évaluation des thérapeutiques, se pose aussi la question de la singularité du couple patient/soignant. La reproductibilité des études est ainsi affaiblie par rapport aux études dans le domaine de la physique, de la chimie ou de la biologie. L'avancée des connaissances en thérapeutique prouve néanmoins qu'une évaluation scientifique est possible. L'évaluation de l'efficacité d'une thérapeutique s'appuie sur les résultats des études randomisées (tirage au sort) contrôlées* .

Les études randomisées contrôlées peuvent être rassemblées dans des méta-analyses (cf. encadré) ou dans des revues systématiques. Pour apprécier la qualité méthodologique des publications, les experts ont noté les méta-analyses sur 7 critères de qualité et les études contrôlées sur 10 critères de qualité (cf. tableau).

* Ces études comparent un groupe traité à un groupe comparatif.

La *méta-analyse* est une approche quantitative de la revue de la littérature qui permet d'estimer, par le

calcul d'une *taille d'effet*, la magnitude de l'effet obtenu chez le " sujet traité " par rapport au " sujet contrôlé ". Le principe repose donc sur l'idée que l'ensemble des études représente une quantité d'informations en liaison avec l'objectif de la recherche, chaque étude y apportant sa contribution. On prend alors pour hypothèse, que l'ensemble des études est un échantillon de toutes les études possibles.

L'efficacité de chacune des trois approches vis-à-vis des troubles a été évaluée par les experts selon deux **niveaux de preuves**.

- La *preuve d'efficacité* est établie lorsque l'on retrouve une ou plusieurs méta-analyses ou lorsque des études contrôlées randomisées sont convergentes et de forte puissance statistique.
- La *présomption d'efficacité* est établie lorsqu'on retrouve une ou plusieurs méta-analyses ou études contrôlées randomisées pouvant se contredire et nécessiter confirmation.

Critères d'évaluation des études contrôlées

Les critères d'évaluation	Les notations / 10
1 Symptômes clairement définis	0 - 0,5 - 1
2 Mesures validées	0 - 0,5 - 1
3 Évaluateur indépendant et aveugle	0 - 0,5 - 1
4 Évaluateur entraîné et fiable	0 - 0,5 - 1
5 Traitement présenté dans un manuel	0 - 0,5 - 1
6 Randomisation	0 - 0,5 - 1
7 Fidélité au traitement	0 - 0,5 - 1
8 Pas d'autre traitement concomitant	0 - 0,5 - 1
9 Mesures et entretiens d'évaluation multimodaux	0 - 0,5 - 1
10 Durée du traitement optimale	0 - 0,5 - 1

Critères d'évaluation des méta-analyses

Les critères de qualité	Les notations / 7
1 Inclusion de tous les essais de qualité sur le sujet	0 - 0,5 - 1
2 Critères de jugement clairement définis	0 - 0,5 - 1
3 Utilisation de méthodes statistiques adéquates	0 - 0,5 - 1
4 Prise en compte de la puissance statistique	0 - 0,5 - 1
5 Comparaison des tailles d'effet	0 - 0,5 - 1
6 Test de l'homogénéité des études	0 - 0,5 - 1
7 Estimation des études non publiées	0 - 0,5 - 1

Efficacité des trois approches par pathologie

Pour les personnes atteintes de **schizophrénie** en phase aiguë ou hospitalisées sous antipsychotiques, les données de la littérature ont mis en évidence :

- une efficacité des thérapies familiales sur le taux de rechute à deux ans ;
- une efficacité modérée et à court terme des thérapies cognitives ;
- pas d'efficacité des thérapies psychodynamiques.

Pour les patients schizophrènes stabilisés, suivis en ambulatoire et traités par médicament, une efficacité est établie pour l'approche cognitivo-comportementale par l'acquisition d'habiletés sociales et une meilleure gestion des émotions. La thérapie familiale est également efficace sur le taux de rechute à deux ans.

Les comparaisons directes entre les approches permettent d'établir une efficacité supérieure de l'approche psycho-éducative familiale et des thérapies cognitivo-comportementales.

Pour le *trouble bipolaire* (maniaco-dépressif), appartenant aux **troubles de l'humeur**, les données disponibles montrent une efficacité de l'approche psycho-éducative conjugale associée à un traitement médicamenteux. Cette efficacité est mise en évidence sur le fonctionnement global, l'observance du traitement et la survenue des rechutes uniquement maniaques.

Pour les *troubles dépressifs majeurs* chez des patients hospitalisés sous antidépresseurs, les TCC sont efficaces. Les études contrôlées comparant approches psychodynamique et cognitivo-comportementale concluent à la supériorité de la seconde. La psycho-éducation familiale a un effet à court terme sur le fonctionnement global des patients et les thérapies psychodynamiques un effet sur l'adaptation sociale et la durée d'hospitalisation des patients.

Pour des *troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère* traités en ambulatoire, les thérapies cognitives sont plus efficaces que les traitements antidépresseurs. Les thérapies psychodynamiques n'ont pas montré une efficacité équivalente à celles des TCC.

Les thérapies cognitivo-comportementales ont été largement étudiées dans les **troubles anxieux**.

Leur efficacité est la mieux établie en association ou non au traitement médicamenteux dans le trouble panique et dans le trouble anxieux généralisé. Elles sont également efficaces dans l'état de stress post-traumatique, dans les troubles obsessionnels compulsifs, dans les phobies sociales et diverses phobies spécifiques.

D'après une étude contrôlée, les thérapies psychodynamiques brèves sont efficaces dans le traitement du trouble panique en association avec un antidépresseur pour prévenir les rechutes. Elles pourraient être également efficaces dans l'état de stress post-traumatique, et n'ont pas été étudiées dans d'autres troubles anxieux.

Dans les **troubles des comportements alimentaires**, les travaux montrent que plusieurs thérapies sont efficaces. Les résultats des études comparatives ne permettent pas de tirer une conclusion générale sur la supériorité d'une approche sur une autre.

Dans la *boulimie*, les thérapies cognitivo-comportementales, associées ou non à la pharmacothérapie, ont montré leur efficacité.

Dans l'*anorexie mentale*, les thérapies familiales ont fait preuve d'efficacité jusqu'à 5 ans de suivi, mais seulement chez des patientes pour lesquelles l'anorexie a débuté avant l'âge de 19 ans et ayant moins de 3 ans d'évolution de leur trouble. L'approche cognitivo-comportementale n'a pas montré d'efficacité sur les symptômes mais une présomption d'efficacité peut être évoquée pour la prévention des rechutes.

Parmi les **troubles de la personnalité**, la personnalité borderline a été la plus étudiée et les thérapies psychodynamiques ont montré leur efficacité, de 18 mois à 4 ans de suivi. Les thérapies cognitivo-comportementales ont également montré leur efficacité à 1 an de suivi.

Pour la personnalité antisociale, une étude a montré que les thérapies psychodynamiques et les thérapies cognitivo-comportementales sont efficaces à 7 mois de suivi, lorsque les sujets sont également déprimés.

Dans la **dépendance à l'alcool**, l'efficacité des thérapies familiales et des thérapies cognitivo-comportementales reste encore à confirmer. Les thérapies psychodynamiques n'ont pas été étudiées dans cette indication.

Concernant les **enfants et les adolescents**, les seules études disponibles relatives aux thérapies psychodynamiques ont été menées de manière rétrospective et sans comparaison avec un groupe témoin. Elles ne permettent donc pas de conclure sur leur efficacité.

Dans les cas de troubles envahissants du développement et en particulier de l'**autisme**, des programmes éducatifs et comportementaux intensifs dispensés par les parents ou menés dans des centres spécialisés ont montré leur efficacité s'ils sont administrés à un stade précoce. Ils conduisent à une amélioration du quotient intellectuel, des performances scolaires et des conduites sociales.

Différentes techniques de TCC ont été testées dans les **troubles anxieux** de l'enfant. Une présomption d'efficacité peut être évoquée pour plusieurs types de troubles anxieux (anxiété de séparation, hyperanxiété, trouble obsessionnel compulsif, phobie scolaire et peurs). Une étude montre que la participation des parents comme " co-thérapeutes " conforte l'efficacité de ces thérapies cognitivo-comportementales.

Concernant les troubles **dépressifs** d'intensité modérée, il existe une présomption d'efficacité des TCC. Dans ce cas, la participation des parents au traitement ne semble pas améliorer les résultats.

Pour l'**hyperactivité**, les thérapies familiales sont efficaces sous forme de traitement combiné incluant médicaments et prise en charge intensive avec une formation comportementale des parents.

Pour les **troubles des conduites**, les thérapies familiales combinant le traitement par l'apprentissage parental (apprendre les bons comportements à l'enfant) et l'entraînement de l'enfant à la résolution de ses problèmes sont plus efficaces qu'un seul des deux traitements.

Il est important de souligner que dans toutes les études analysées par cette expertise, il n'a pas été relevé d'apparition de nouveaux symptômes venant se substituer à court ou long terme à ceux pris en charge par la thérapie, quels que soient la thérapie ou le trouble examinés.

Les conclusions qui découlent de l'analyse et de la synthèse des études d'évaluation répertoriées dans la littérature constituent un éclairage utile aux professionnels et aux usagers. Si la relation singulière entre une personne en souffrance et un thérapeute reste un élément déterminant dans le choix et la conduite d'une thérapie, l'information des usagers et la formation des thérapeutes doivent se faire en relation avec les preuves scientifiques disponibles, elles sont deux points majeurs pour améliorer l'offre de soin et le travail en réseau des différents acteurs de santé.

Contact presse Inserm

Séverine Ciancia

Tél. : 01 44 23 60 86/97

Fax : 01 45 70 76 81

mèl : presse@tolbiac.inserm.fr